



Solicitud de Energía Doméstica Plus – Año de Calefacción 2017 - 2018

Exclusivamente para uso interno – se llenarán las áreas sombreadas por la agencia

Fecha de solicitud (dd/mm/aaaa):	Número del encargado:	<input type="checkbox"/> Revocado
Índice de difusión: <input type="checkbox"/> Agencia local <input type="checkbox"/> Sitio alterno <input type="checkbox"/> Visita doméstica <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono		
Verificar identificación: <input type="checkbox"/> Licencia para conducir <input type="checkbox"/> Identificación emitida por el gobierno <input type="checkbox"/> ID del patrón <input type="checkbox"/> ID estudiantil <input type="checkbox"/> Otro: _____		Identificación verificada por:

Se autoriza el presente formulario de conformidad con el inciso a, del párrafo 2, del artículo 16.27 de la Ley del Estado de Wisconsin. Será obligatoria proporcionar toda la información que se requiera en la presente solicitud para determinar su elegibilidad para recibir los beneficios del Programa de Asistencia de Energía Doméstica de Wisconsin y el Programa de Asistencia de Aclimatación de Wisconsin. La ley federal no prohíbe la recopilación de su número del Seguro Social, lo cual es obligatorio para rastrear los beneficios del solicitante que otorgue este programa. Al proveer su información, usted le autoriza al Departamento de Administración de Wisconsin y a sus agentes autorizados, a verificar los datos proporcionados ante los bases de datos y registros federales, estatales, del condado, y del proveedor de energía, sus patrones y de sus arrendadores. Podrá divulgarse la información recopilada en el presente formulario a los programas energéticos en operación bajo la Autoridad del Programa de Beneficios Públicos de Wisconsin o la Aprobación de la Comisión de Servicios Públicos de Wisconsin y podrá utilizarse para fines de remisión, investigación, evaluación y estudio.

1. Territorio (Condado o Tribu) en el que vive usted:		ID Individual (Número proporcionado por el Programa):	
2. Nombre:	Sgo Nombre:	Apellido: (Según su tarjeta del seguro social)	
3. Alias Primer Nombre (en su caso):		Alias Apellido (en su caso):	
4. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):	5. Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M		
6. Número telefónico principal: () <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Contacto			
Número telefónico secundario: () <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Contacto			
7. Correo electrónico:			
8. Método preferido de comunicación doméstica: <input type="checkbox"/> Teléfono principal <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Mensaje de Texto			
9. Su tipo de vivienda:		Solo para uso interno: <input type="checkbox"/> Vivienda inelegible	
<input type="checkbox"/> Vivienda unifamiliar			
<input type="checkbox"/> Edificio de 2 a 4 unidades (incluye Condos) – Número de unidades/departamentos en su edificio: _____			
<input type="checkbox"/> Departamento o Edificio de varias unidades (incluye Condos) – Número de unidades/departamentos en su edificio: _____			
<input type="checkbox"/> Casa rodante			
<input type="checkbox"/> Casa de cuartos, motel, hotel, YMCA o YWCA			
<input type="checkbox"/> Otro (describa) _____			
10. Dirección postal (en caso de ser diferente a la de su residencia):			
Dirección _____			
Ciudad _____		Estado _____	C.P.: _____
11. Dirección de residencia (deberá llenarse):			
Dirección _____			
Ciudad _____		Estado _____	C.P. _____

12. ¿Es dueño o arrendatario de su vivienda?:

Dueño Arrendatario - Si es arrendatario, favor de proveer la siguiente información:

Empresa Administradora o Nombre del Negocio (en su caso):

Nombre del punto de contacto o Arrendador:

Número telefónico:

()

Dirección:

Ciudad:

Estado:

C.P.:

13. Identifique el número de cuartos en su vivienda:

Encargado indique el número total de cuartos: _____

_____ Sala

_____ Comedor

_____ Cocina

_____ Sala familiar

_____ Número de recamaras

Indique cualquier otro cuarto: _____

No incluya los baños, sótanos no terminados, lavaderos, entradas, pasillos, áticos sin calefacción y porches o armarios

14. Elija la respuesta que mejor describe su vivienda a partir de la fecha de la presente solicitud:

Usted vive en una vivienda comunitaria, casa de paso intermedio, Instalación residencial basada en la comunidad (CBRF, por sus siglas en inglés) u hogar sustituido

Usted vive en un hogar para ancianos

Usted vive en una institución del gobierno o reclusorio o cárcel

Actualmente usted no tiene hogar y se está mudando a una residencia permanente

Ninguna de las anteriores

15. ¿Vive en una vivienda de asistencia gubernamental (como la Sección 8) o recibe ayuda con el pago de su alquiler? Sí No

16. ¿Hay un tutor o representante designado? Sí No Si sí, llene los datos del representante :

Autorización del representante

Tutor legal

Poder

Beneficiario

Nombre del Tutor/Representante :

Dirección:

Ciudad:

Estado:

C.P.:

O: Indique a una persona que usted autoriza para platicar de su solicitud que no se indique como tutor o representante designado: Relación:

17. ¿Es usted (el solicitante titular) un estudiante mayor a los 25 años de edad e inscrito por lo menos a medio tiempo en una institución superior? Sí No

Si sí, indique todos los que apliquen :

Actualmente usted trabaja más de veinte horas por semana y gana por lo menos el salario mínimo

Usted es económicamente responsable por un niño menor a los 18 años de edad que vive con usted

Tiene usted incapacidad física o mental (Se requiere verificación del programa gubernamental)

Usted recibe compensación por desempleo (UC, por sus siglas en inglés) que resulta de la TAA/ NAFTA (debe ser estudiante de tiempo completo)

Usted recibe los beneficios de TANF o de W-2

Su cónyuge vive con usted y no es estudiante

No aplica ninguno de los anteriores

18. Grupo étnico del solicitante (elija uno):

Indio Americano o nativo de Alaska

Hispano

No indicado

Asiático o de las islas del pacífico

Blanco, no de origen hispano

Negro, no de origen hispano

Otro

19. ¿Hay alguien de su hogar menor a los 18 años y que tenga relación consanguínea con otro adulto del mismo hogar? Sí No

20. Miembros del Hogar:

Idioma preferido en el hogar: _____

Si el idioma preferido en el hogar no es el inglés, indique el miembro del hogar o representante que pueda contestar las preguntas de la solicitud. (Al llenar el presente campo, usted otorga su autorización para que el programa platique su solicitud con dicha persona.)

Nombre: _____ Teléfono: () _____

<ul style="list-style-type: none"> Indique todas las personas que actualmente viven en el hogar que corresponde a su dirección residencial El encargado se comunicará con usted para los números del seguro social de los solicitantes de primera vez y los nuevos miembros del hogar. La línea1 debe ser la persona indicada en la página 1 <p style="text-align: center;">Nombre</p>		Indicaciones en la parte inferior de la página se relacionan con los campos siguientes por número que se indiquen:							Rubrico Encargado
		Fecha de nacimiento mm/dd/aaaa	Sexo ¹ : (H)ombre, (M)ujer	¿Es ciudadano estadounidense?	¿es incapacitado?	FoodShare ²	Servicio militar ³	¿Es niño de alojamiento compartido? ⁴	Ciudadanía ⁵ (Solo para uso de oficina)
		Escriba "Y" para Sí y "N" para No							
1.	La persona del Campo 2 (Página 1) debe indicarse aquí.								
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									

¹Indique el género con el que la persona más se identifique.

² Ingrese "Y" (sí) en el campo de Foodshare (contribución de alimentos) si dicha persona recibió FOODSHARE EN CADA UNO DE LOS 3 MESES PREVIOS a la fecha de la solicitud.

³ Ingrese "Y" (sí) en el campo de Servicio Militar si dicha persona sirve o ha servido en una de las ramas de las fuerzas armadas de los Estados Unidos como Servicio Activo, Reserva o Guardia Nacional. (Ejército, Marina, Infantería de Marina, Guardacostas)

⁴ Indique todos los niños que vivan en su hogar y que tengan un mínimo del 50% de alojamiento compartido. Será requisito que colocación de niños (child placement) lo verifique cuando haya niños que vivan en una situación de colocación compartida de viviendas.

⁵ El encargado administrativo le ingresará "C", "E", o "I" en el campo de Ciudadanía, si dicha persona es (C)iudadana (E)legible Non-Ciudadana, o (I)nelegible No Ciudadana. Dicho encargado deberá rubricar la parte superior de la columna.

22. Uso de energía: Complete cada sección de uso energético – se continúa en la página siguiente

Fuente Principal de Calefacción: Se refiere al combustible utilizado para operar la unidad principal de calefacción (caldera) del hogar. Elija uno:

- Calefacción eléctrica Aceite combustible Gas Natural Propano Leña u otro

Elija cómo se paga la calefacción: (elijá sólo uno)

- Pago directo de la factura enviada por el proveedor de energía (Deberán llenarse los datos de la cuenta)
- Pago de rentas incluye la energía en el pago mensual de renta (no vivienda de asistencia gubernamental)
- Se hace un pago por separado al arrendador, dueño del parque de casas rodantes o no hay ninguna cuenta directa con el vendedor
- No se paga: se incluye la energía en el pago mensual de la vivienda de asistencia gubernamental o los alquileres que no paguen renta ni calefacción/electricidad por un arreglo en especie

¿La cuenta se encuentra a nombre de algún miembro del hogar? Sí No

Si no, la cuenta está a nombre de: Un cónyuge fallecido Un beneficiario protegido Otro

Nombre en la Cuenta:

¿Se comparte el medidor con otra vivienda? Sí No

¿Hay algún uso comercial en la cuenta? Sí No

Nombre del vendedor:	Número del vendedor (uso interno):
Número de cuenta:	Gastos anuales de combustible:

Eléctrico (No calefacción): Si su fuente principal de calefacción (arriba) es eléctrica, no llene esta sección.

Elija cómo se pagará la cuenta de combustible: (elijá sólo uno)

- Pago directo de la factura enviada por el proveedor de energía (Deberán llenarse los datos de la cuenta)
- Pago de rentas incluye la energía en el pago mensual de renta (no vivienda de asistencia gubernamental)
- Se hace un pago por separado al arrendador, dueño del parque de casas rodantes o no hay ninguna cuenta directa con el vendedor
- No se paga: se incluye la energía en el pago mensual en la vivienda de asistencia gubernamental o los alquileres que no paguen renta ni calefacción/electricidad por un arreglo en especie

¿La cuenta se encuentra a nombre de algún miembro del hogar? Sí No

Si no, la cuenta está a nombre de: Un cónyuge fallecido Un beneficiario protegido Otro

Nombre en la Cuenta:

¿Se comparte el medidor con otra vivienda? Sí No

¿Hay algún uso comercial en la cuenta? Sí No

Nombre del vendedor:*	Número del vendedor (uso de oficina):
Número de cuenta:	Gastos anuales de combustible:

*Deberá ingresarse un vendedor para comprobar quién le provea electricidad al hogar, aún si se incluye la electricidad en el pago de la renta o en un pago por separado realizado al arrendador.

Información adicional sobre la cuenta de energía – conteste las siguientes preguntas sobre la situación hogareña de energía

Estas respuestas no afectarán el monto de los beneficios, pero deberán contestarse

Fuente principal de calefacción:

Si su fuente principal de calefacción es gas natural o electricidad, ¿usted ha recibido algún aviso de saldo vencido o de corte en los últimos 90 días?

Sí No No aplica

Si su fuente principal de calefacción es propano o aceite combustible, ¿en lo actual su tanque cuenta con por lo menos 20% de combustible?

Sí No No aplica

Agua caliente: Identifique el tipo de combustible que caliente el agua de su hogar:

Eléctrico Aceite combustible Gas Natural Propano Leña u otro Ninguno

Fuente Complementaria de Calefacción (como una chimenea, estufa de leña, calefactor o algún otro tipo alternativo de calefacción que no sea la fuente primaria)

Identifique, en su caso, si se usa algún tipo de calefacción secundaria en su hogar (elija sólo uno):

Calefacción eléctrica Leña u otro _____ (Especifique otro) Ninguno

Aire Acondicionado:

Identifique el método utilizado para enfriar su hogar (elija sólo uno): Aire Central A/C Unidad de ventana/muro Ninguno

FAVOR DE FIRMAR LA PÁGINA 7

Observaciones del caso

Página de Certificación

*Favor de leer cada párrafo en la presente página antes de firmar esta solicitud.
Si no entiendes alguno de ellos, pídale asistencia al encargado.*

1. Entiendo que soy responsable por proporcionar toda la información requerida dentro de los 30 días de la fecha de esta solicitud o será nula la misma y será rechazada. Podré volver a aplicar, pero será obligatoria una nueva solicitud.
2. Entiendo que soy responsable por reportar todos los nombres de las personas que vivan en mi dirección y el número de Seguro Social y los ingresos totales de mi hogar. La recopilación del número de Seguro Social no es prohibida por ley federal y son datos requeridos por el rastreo de los beneficios otorgados al solicitante por este programa. No proporcionar estos datos resultará en la demora de la tramitación de mi solicitud y la incapacidad de determinar los montos de los beneficios.
3. Entiendo que soy responsable por utilizar los pagos que recibo para pagar los gastos relacionados con la calefacción/electricidad respecto a la residencia que se detalle en mi solicitud o el pago de los gastos de calefacción/electricidad en cualquier residencia futura en la que pueda mudarme dentro del estado de Wisconsin.
4. Entiendo que tengo derecho a solicitar los beneficios de Asistencia Energética y para recibir un pago o una carta de explicación. Entiendo que el pago o la carta de explicación podrán demorarse, dependiendo de cuándo inicie el año del programa y/o cuándo se tramiten los pagos.
5. Entiendo que tengo derecho a solicitar una audiencia imparcial, si creo que ha sido negada de forma inapropiada mi solicitud de Asistencia Energética o si mi pago es incorrecto. También podré solicitar una audiencia imparcial, si no he recibido dicho pago o explicación. Podré solicitar una audiencia imparcial al comunicarme con la oficina local en la que presenté mi solicitud o al escribir a: Wisconsin Department of Administration, Division of Hearings & Appeals, P.O. Box 7875, Madison, WI 53707-7875.
6. Entiendo que tengo derecho a presentar una reclamación, en el caso de que siento que me han discriminado en cualquier forma que viole la ley. Podré presentarla al comunicarme con la persona autorizada dentro de mi condado o tribu.
7. Entiendo que al proveer la información en mi solicitud, autorizo al Departamento de Administración de Wisconsin y a sus agentes autorizados, a verificar los datos y registros proporcionados contra los bases de datos federales, estatales, del condado, y proveedor de energía, patrones y arrendadores.
8. Entiendo que al proveer los números de cuenta de mi(s) suministrador(es) de energía, autorizo al/los proveedor(es) a proporcionarle los detalles sobre dicha cuenta y el uso de energía al Departamento de Administración de Wisconsin con el objeto de determinar la elegibilidad de esta solicitud y las que se puedan presentar en el futuro, la determinación de los beneficios y una evaluación y análisis del programa, incluyendo antes y después de recibir cualesquiera servicios de aclimatación.
9. Entiendo que los derechos, obligaciones y autorizaciones que certifique en la presente solicitud también podrán ser aplicables a las solicitudes actuales sobre la crisis de la temporada de calefacción y de caldera [*heat season crisis and furnace applications*], cuando se otorguen los beneficios complementarios, la participación en solicitudes automatizadas y actividades de difusión.
10. Entiendo que la información que se recompila en el presente formulario podrá divulgarse a los programas de energía que operan en la Autoridad del Programa de Beneficios Públicos de Wisconsin o la Aprobación de la Comisión de Servicios Públicos de Wisconsin y podrá utilizarse para fines de remisión, investigación, evaluación y estudio.
11. Entiendo que si soy elegible para recibir los beneficios de asistencia de energía, puede que me remitan a otros programas de aclimatación residencial y/o de energía. Autorizo a la agencia de aclimatación para proporcionarle los servicios a mi residencia. Si no soy dueño de dicha residencia, autorizo a la agencia de aclimatación para comunicarse con mi arrendador, y cooperaré con la agencia que provea los servicios de aclimatación.
12. Entiendo que hacer que mi hogar sea aclimatado podría conllevarse a la reducción de las emisiones de dióxido de carbono, debido al uso reducido de energía de mi hogar y que dichas reducciones pueden tener un valor monetario. Libero toda mi participación, derechos de propiedad y los ingresos de dicha venta de las reducciones en las emisiones del carbono y le otorgo dicha participación, derechos de propiedad e ingresos de dichas reducciones en las emisiones del carbono al Departamento de Administración de Wisconsin.

Certifico que los datos proporcionados en la presente solicitud y toda la información dada respecto a la misma, son declaraciones de hecho verdaderas y completas. Asimismo, certifico que he leído y entendido las declaraciones anteriores. Entiendo que me podrán obligar a comprobar cualquier dato en la presente solicitud y que la provisión de información falsa invalidará la misma, requerirá a que se devuelvan cualesquier beneficios que haya recibido y la posibilidad de estar sujeto a acciones penales.

Firma del Solicitante	Fecha (dd/mm/aaaa)
------------------------------	--------------------

SOLO PARA USO INTERNO

Firma del Encargado de la Agencia	Fecha (dd/mm/aaaa)
--	--------------------

Certifico que he verificado la información contenida en la presente solicitud, de conformidad con las políticas de Home Energy Plus y a mi leal saber y entender, esta información es completa y correcta. Asimismo, certifico que no tengo relación personal ninguna con cualquier persona indicada en esta solicitud, conforme a la Política de Conflicto de Intereses de Home Energy Plus.

En el caso de requerirse, la presente solicitud podrá disponerse en formatos alternos para las personas incapacitadas.

AVISO: Las solicitudes en papel deberán enviarse por correo postal a la agencia local.

Si no se proporcionó la dirección de la agencia local, puede obtener la dirección postal correcta de su agencia local al ingresarse a:

<http://homeenergyplus.wi.gov/>

Agencia: Adjunte aquí una etiqueta de envío con la dirección postal correcta respecto a la solicitud presentada



¿Usted firmó la página siete?

Favor de contarnos cómo se enteró del programa de asistencia energética del presente año:

<input type="checkbox"/> De mi cuenta de servicios públicos	<input type="checkbox"/> Anuncio en el camión público
<input type="checkbox"/> Llamada telefónica de la Agencia	<input type="checkbox"/> Correo electrónico de la agencia
<input type="checkbox"/> Aviso de la agencia en el correo	<input type="checkbox"/> Sitio de web (indicar sitio)
<input type="checkbox"/> Radio (Identificar estación de radio)	<input type="checkbox"/> Noticias de la televisión (Identificar estación de la televisión)
<input type="checkbox"/> Aviso del periódico local o Correspondencia (Identifique periódico o correspondencia)	
<input type="checkbox"/> Folleto sobre la Asistencia Energética (¿Dónde obtuvo el folleto?)	
<input type="checkbox"/> Otro (Identifique la fuente)	